

Physiotherapie _____ Name der Einrichtung	Weitere _____ Name der Einrichtung
_____	_____
Ansprechperson	Ansprechperson
_____	_____
Telefon	Telefon
_____	_____
E-Mailadresse	E-Mailadresse

Mobilität <input type="checkbox"/> Freies Gehen <input type="checkbox"/> Gehen mit Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer:in <input type="checkbox"/> Überwiegend bettlägerig	Sinnesbeeinträchtigungen <input type="checkbox"/> Sehbeeinträchtigung <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Erblindung <input type="checkbox"/> Hörbeeinträchtigung <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> Cochlea-Implantat <input type="checkbox"/> Gehörlos
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Kommunikationsmöglichkeiten	
Sprechen <input type="checkbox"/> Gut verständlich <input type="checkbox"/> Verwaschen <input type="checkbox"/> Lautieren <input type="checkbox"/> Einzelne Worte <input type="checkbox"/> Ganze Sätze <input type="checkbox"/> Nicht sprechend	Sprachverständnis <input type="checkbox"/> Gutes Sprachverständnis <input type="checkbox"/> Kurze und klare Sätze werden verstanden <input type="checkbox"/> Geringes Verständnis <input type="checkbox"/> Nicht beurteilbar
Kommunikationsformen <input type="checkbox"/> Mimik <input type="checkbox"/> Gestik <input type="checkbox"/> Gebärden <input type="checkbox"/> Fotos/ Bildkarten <input type="checkbox"/> Ein-Wortaussagen <input type="checkbox"/> Laute <input type="checkbox"/> Andere _____	

<p>Muttersprache</p> <hr/> <p>der Person mit UK-Bedarf</p> <p>Sprachverständnis Deutsch</p> <p><input type="checkbox"/> Gut</p> <p><input type="checkbox"/> Mittel</p> <p><input type="checkbox"/> Schlecht</p>	<hr/> <p>der Hauptbezugsperson</p> <hr/> <p>Sprachverständnis Deutsch</p> <p><input type="checkbox"/> Gut</p> <p><input type="checkbox"/> Mittel</p> <p><input type="checkbox"/> Schlecht</p> <p>Welche weiteren Sprachen sprechen Sie?</p> <hr/> <hr/> <p>Gibt es eine Person die Sie sprachlich unterstützen kann?</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Diagnose</p> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>Interessen der Person mit UK-Bedarf (z.B. Autos, Wasser, Musik, usw.)</p> <hr/> <hr/> <hr/>
------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

Zeitliche Möglichkeiten für die Beratung

Vormittags 10:00 Uhr – 13:00 Uhr Nachmittags 13:00 Uhr – 17:00 Uhr

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?
